



WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 4 YEARS

(Meets EPSDT Guidelines)

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

유년기 초기 (4세)

유년기 초기 (4세)				
함께 아이가 자성할 여부	아동의 이름		아이를 데리고 온 사람	
	알레르기 문제		현재 복용하고 있는 약품	
	지난 방문 이후 질병/사고/문제/염려사항 등			
	오늘 질문한 사항:			
	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	아이는 음식을 다양하게 섭취합니다.		아이는 한쪽 발로 뛴뛰기를 할 수 있습니다.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	아이는 다른 아이들과 잘 어울립니다.		아이는 노래를 부릅니다.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		아이 스스로 옷을 입을 수 있습니다.	
	WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE		HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE
<input type="checkbox"/> Review of systems		<input type="checkbox"/> Review of family history	Diet _____	
Screening:				
Hearing Screen	MHZ 4000	R	L	
	2000	_____	_____	
	1000	_____	_____	
	500	_____	_____	
Vision Screen	20/ _____	20/ _____	Sleep _____	
Development: Circle area of concern				
Adaptive/Cognitive	Language/Communication			
Gross Motor	Social/Emotional	Fine Motor		
Behavior	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	_____	
Mental Health	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	_____	
Physical:	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
General appearance			Chest	
Skin			Lungs	
Head			Cardiovascular/Pulses	
Eyes			Abdomen	
Ears			Genitalia	
Nose			Spine	
Oropharynx/Teeth			Extremities	
Neck			Neurologic	
Nodes			Gait	
Describe abnormal findings and comments: _____ _____				
IMMUNIZATIONS GIVEN				
REFERRALS				
NEXT VISIT: 5 YEARS OF AGE			HEALTH PROVIDER NAME	
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS	

DSHS 13-684C KO (REV. 08/2004)

SEE DICTATION

DISTRIBUTION: White - Physician Yellow - Parent/Guardian

EARLY CHILDHOOD: 4 YEARS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (4 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Lead Screen

Screen children for these risk factors:

- Live in or frequently visit day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15 ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dresses with supervision. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Plays games with other children (e.g., tag).</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says what to do when tired, cold, hungry.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says first and last name when asked.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Walks up and down stairs, alternating feet. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Balances on each foot for 2 seconds.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Copies a circle. |

Inappropriate play with toys/no pretend play.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items, or even one of the underlined items, or if you have checked the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



건강진단 - 유년기 초기 (4세)
WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 4 YEARS
(EPSDT 지침 준수)

날짜

유년기 초기 (4세)

한국어 영어 한국어 영어	아동의 이름			아이를 대리하고 온 사람		생년월일
	알레르기 문제			현재 복용하고 있는 약품		
	지난 방문 이후 질병/사고/문제/염려사항 등			오늘 질문한 사항:		
	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 아이는 음식을 다양하게 섭취합니다. <input type="checkbox"/> 아이는 다른 아이들과 잘 어울립니다. <input type="checkbox"/> 아이 스스로 옷을 입을 수 있습니다.			<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 아이는 한쪽 발로 뛸뛰기를 할 수 있습니다. <input type="checkbox"/> 아이는 노래를 부릅니다.		
체중 KG/OZ. 넥본을		신장 CM/IN. 넥본을		월齢		
<input type="checkbox"/> 신체검사		<input type="checkbox"/> 가족병력 검토				
검사항목:		MHZ	R	L		
정력 검사		4000	_____	_____		
		2000	_____	_____		
		1000	_____	_____		
		500	_____	_____		
시력 검사		20/_____	20/_____			
발달 사항: 염려하는 부분에 동그라미로 표기하십시오.						
적응력/인식력		언어능력/의사소통				
대 운동근육(신경)		사회적/정서적 사항		소 운동근육(신경)		
행동 사항		정상 비정상				
정신 건강		<input type="checkbox"/> _____				
신체:		정상	비정상	정상	비정상	
외모	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	정부	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
피부	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	폐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
머리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	심장 혈관/맥박	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
눈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	복부	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
귀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	생식기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
코	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	척추	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
구강 인두/치아	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	수족(손발)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
목	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	신경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
결절	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	걸음 걸이	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
이상 건강에 대한 설명이나 의견:						
다음 방문: 5세						
진찰자 서명		진찰자 성명				
진찰자(진료원) 주소						

4세 아동의 건강

성장 과도기

4세에서 5세 사이 아이의 신체 발육 범위들

층계를 잘 오르내립니다.

가볍게 뛅니다.

좀 더 긴 문장으로 말합니다.

어제 일어난 일들이나 내일 일어날 일들에
관해 이야기 합니다.

손가락으로 셀 수 있습니다.

일부 알파벳을 알아 봅니다.

집주소와 전화번호를 기억합니다.

옷으로 흉내놀이를 합니다.

**아이가 새로운 기술을 배우는 데
도움이 되도록 아이와 대화하고
놀아줍니다.**

도움이나 상세한 정보를 원할 때

**논하기 어려운 문제 등을 주제한
어린이용 서적에 관한 정보:** 지역의
보건부나 공공도서관의 어린이 도서담당
사서에게 문의할 수 있습니다.

**아이에게 화재 안전수칙을 가르키는
데 도움을 줄 수 있는 곳:** 지역에 있는
소방소의 소방관과 대화를 나눕니다.

양육기술과 지원정보: 가족 협회
전화번호, 1-800-932-HOPE (4673) Family
Resources Northwest, 1-888-746-9568
지역 커뮤니티 칼리지 강좌

건강 정보

자녀가 취학하기 전에 일정한 예방접종이
필요합니다. 지금부터 준비하십시오. 특정 백신을
기피할 경우에는 면제 양식에 서명해야 합니다.

매일 적어도 다섯 번은 자녀에게 약간의 과일과
야채를 주십시오. 과일과 야채는 건강식인데다
좋은 간식이 됩니다.

충분한 수면을 취하도록 하면 아이들은 더 행복감을
느끼고 학습 능력도 향상됩니다! 일찍 잠들도록
하여 밤에는 10-12시간 정도 수면을 취하게
하십시오. 잠자리에 드는 시간을 규칙적으로 하면
아이도 그에 순응하게 됩니다. 잠들기 전에 같이
책을 읽거나 대화를 나누십시오.

양육 정보

아이가 화가 났을 때나 슬플 때에 그 이유를 말로
표현하도록 격려해 줍니다. 당신이 직접 행동으로
보이면 아이가 그 방법을 배우게 됩니다.

매일 자녀와 함께 책을 읽고 퍼즐을 풀거나
밖에서 활동적으로 게임을 즐기는 시간을 갖도록
하십시오.

아이들은 자연히 자신의 신체에 호기심을 가지게
됩니다. 간단하고 솔직한 대답을 들으면 아이는
자신의 몸에 아무런 문제가 없다고 느끼게
됩니다. 성기를 가리킬 때는 실제 명칭을
사용하십시오.

안전정보

몸집이 큰 아이에겐 부스터(booster) 카 시트를
사용하십시오! 성인용 좌석 벨트를 착용할 수
있기 전까지는 뒷좌석에 무릎/어깨 벨트가
달린 부스터를 사용하십시오. 곧 부스터가
필요하게 되며 6살 또는 몸무게가 60파운드가
될 때까지 사용합니다.

아이가 집주소와 전화번호를 알고 있도록
합니다. 비상시 911에 전화하는 방법을 가르쳐
주십시오. 전화로 도움을 요청해야 할 때에는
전화를 끊지 않고 계속 들고 있도록 밀해
주십시오. 집에서 장난감 전화기로 연습해
봅니다.

옷에 불이 붙었을 때는 행동을 멈추고 몸을
바닥에 구르도록 가르쳐 주십시오.